



## PATIENTENANAMNESE

Bitte alles in Druckbuchstaben ausfüllen · Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht

Liebe Patientin, lieber Patient, für eine optimal angepasste zahnärztliche Behandlung benötigen wir einige Informationen. Bitte füllen Sie diesen Bogen vollständig aus. Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne. Bitte teilen Sie uns künftige Änderungen Ihres Gesundheitszustandes und Ihrer Adresse mit.

PATIENT			
Anrede	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Divers	Geburtsdatum	
Vorname		Nachname	
Straße / Nr.		PLZ / Ort	
Handy		E-Mail	
Krankenkasse		Private Zusatz-versicherung	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Beruf (optional)	_____		
MITGLIED / ZAHLUNGSPFLICHTIGER (falls abweichend vom Patienten)			
Vorname		Nachname	
Geburtsdatum		Straße / Nr.	

Bitte legen Sie Ihre Krankenversichertenkarte spätestens am ersten Behandlungstag vor. Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie diesen bitte **mindestens 24 Stunden vorher** ab. Bei kurzfristiger Absage oder Nichterscheinen stellen wir gemäß §615 BGB ein Ausfallhonorar von 75 € pro ½ Stunde in Rechnung, sofern kein Ersatzpatient behandelt werden kann.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten

### 1. ALLGEMEINERKRANKUNGEN

Asthma / schwere Atemnot	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Allergien <i>z.B. CHX, Latex, Sulfit, Penicillin</i> → bitte angeben:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Welche? _____		
Unverträglichkeit von Medikamenten / Lokalanästhetika	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Welche? _____		
Bluthochdruck / Herzerkrankung <i>Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen, Angina pectoris</i>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Künstliche Herzklappe / Herzklappenfehler / Endokarditis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzschrittmacher / implantierter Defibrillator (ICD)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schlaganfall / Lähmungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Thrombose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rheuma / Gelenkentzündungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bluterkrankheit / Gerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blutverdünner? <input type="checkbox"/> Marcumar <input type="checkbox"/> ASS <input type="checkbox"/> DOAK/NOAK (Xarelto, Eliquis, Pradaxa) <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____		
Osteoporose / Knochenschwund	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bisphosphonate / Antiresorptiva (z.B. Fosamax, Bonviva, Prolia, Zometa)? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein → Präparat: _____		

Immunsuppressiva / Cortison-Dauertherapie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenerkrankung <i>Über-/Unterfunktion</i>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nierenleiden / Dialyse	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lebererkrankung / Hepatitis (A / B / C)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
HIV-Infektion	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tuberkulose (TBC)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Krebserkrankung / laufende Chemo- oder Strahlentherapie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Erhöhter Augeninnendruck (Glaukom)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

## 2. MEDIKAMENTE

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?  ja  nein

Falls ja: Bitte Medikamentenplan an der Rezeption abgeben oder hier eintragen:

## 3. FRAUEN

Schwangerschaft?  ja  nein

Falls ja: wievielte Schwangerschaftswoche?: \_\_\_\_\_

## 4. SONSTIGES

Zahnfleischbluten  ja  nein

Zahnarztangst  ja  nein

Letzte Röntgenuntersuchung beim Zahnarzt *Wann ca.?*  ja  nein

Letzte Operation *Was? Wann?*  ja  nein

Raucher?  ja  nein

Falls ja: ca. \_\_\_\_\_ Zigaretten tägl.

## 5. IHR BESUCHSANLASS

Routine/Kontrolle  Schmerzen  Implantologie  Ästhetik  Zahnarztangst / Sedierung  Parodontologie  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

## 6. WIE WURDEN SIE AUF UNS AUFMERKSAM?

Bekannte/Freunde (Name: \_\_\_\_\_)  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

## 7. RECALL / ERINNERUNGSSERVICE

Möchten Sie in unsere Erinnerungskartei aufgenommen werden?  ja  nein

per SMS: \_\_\_\_\_ Mobilnummer  
 per E-Mail: \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner obigen Angaben und erkläre, dass ich den vorstehenden Text gelesen und verstanden habe.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Patienten / Erziehungsberechtigten